

## 健康保険 移送費 支給申請書

|  |                         |                 |       |            |                              |  |                      |
|--|-------------------------|-----------------|-------|------------|------------------------------|--|----------------------|
| 被保険者(申請者)情報  | 記号                      | 777             | 番号    | 56565      | 記号番号が分からない場合はマイナンバーを記入してください |  |                      |
|  | 被保険者等<br>記号・番号<br>(右づめ) |                 |       |            |                              |  |                      |
|  | 氏名                      | (フリガナ) ケンコウ タロウ | 健康 太郎 |            | 生年月日                         | <input checked="" type="checkbox"/> 昭和<br><input type="checkbox"/> 平成<br><input type="checkbox"/> 令和 | 年 月 日<br>5 7 0 7 2 0 |
|  | 住所                      | (〒 514 - 8888 ) | 三重    | 都 道<br>府 県 | 松阪市栄町254                     |  |                      |
| 電話番号<br>(日中の連絡先)   | TEL 080 ( 222 ) 3333    |                 |       |            |                              |  |                      |
| <input checked="" type="checkbox"/> 本申請書の提出を事業主へ委任します。(委任する場合は☑) |                         |                 |       |            |                              |  |                      |

|                |  |     |               |         |                              |                       |
|----------------|--|-----|---------------|---------|------------------------------|-----------------------|
| 振込先指定口座        | <input type="checkbox"/> マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。(利用する場合は☑ 利用しない場合は下記の欄を記入。)   |     |               |         |                              |                       |
|                | 金融機関<br>名称   | 松阪北 |               |         | 銀行 金庫 信組<br>農協 漁協<br>その他 ( ) | 本店 支店<br>出張所<br>本所 支所 |
|                | 預金種別   | 普通  | 口座番号<br>(右づめ) | 3333333 |                              |                       |
| 口座名義<br>(カタカナ) | ▼上記申請者と同じ名義の口座を記入してください。姓と名の間は1マス空けてご記入ください。濁点(・)、半濁点(゜)は1字としてご記入ください。<br>ケンコウ タロウ |     |               |         |                              |                       |

「申請者・療養担当者記入用」は2ページに続きます。&gt;&gt;&gt;

受付日付印

社会保険労務士の  
提出代行者名記載欄

## 健康保険 移送費 支給申請書

|              |                 |  |
|--------------|-----------------|--|
| 申請内容         | 移送対象者の氏名・続柄     | 氏名 ( 健保 健子 ) 続柄 ( 妻 )  |
|              | 移送対象者の生年月日      | 令和 57年 12月 21日 生   |
|              | 傷病名             | 脳出血 ※臍帯血、骨髄液等の場合は、健保組合へ申請前にご連絡ください。  |
|              | 移送方法            | 自家用緊急車両  |
|              | 移送経路            | 〇〇県〇〇市〇〇病院から<br>〇〇県〇〇市〇〇大学病院まで   |
|              | 移送年月日           | 令和 6年 11月 9日   |
|              | 移送に要した費用の額      | 30,000 円   |
|              | 付添人の有無及びその住所    | <input type="checkbox"/> 有 (氏名 ) ・ <input type="checkbox"/> 無<br>〒 -   |
|              | 第三者行為又は労働災害等の該当 | <input type="checkbox"/> 該当 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 不該当  |
|              | 第三者行為の場合        | <input type="checkbox"/> 交通事故 ・ <input type="checkbox"/> 暴行、傷害 ・ <input type="checkbox"/> 業務上 ・ <input type="checkbox"/> その他 |
| 第三者の氏名及びその住所 | 氏名<br>〒 -       |  |

|                    |                    |   |
|--------------------|--------------------|---|
| 医師・<br>歯科医師<br>記入欄 | 移送を必要と認めた理由        | 脳出血にて、設備の整った医療機関での緊急手術を行う必要があったため、移送を要した。 |
|                    | 付添を必要と認めた理由        |   |
|                    | 移送経路               | 〇〇県〇〇市〇〇病院から〇〇県〇〇市〇〇大学病院まで                |
|                    | 移送方法               | 自家用緊急車両                                   |
|                    | 移送年月日              | 令和 6年 11月 9日                              |
|                    | 上記のとおり相違ありません。     | 令和 6年 11月 9日                              |
| 住所                 | 〒 -<br>〇〇県〇〇市 〇〇病院 |   |
| 医師または歯科医師の氏名       | 〇〇〇〇〇〇             |   |

○移送に要した費用の領収書(原本)を添付のこと。  
○最も経済的な通常の経路及び方法により搬送された場合の旅費により支給します。  
○臍帯血、骨髄液等の場合は健保組合へ申請前にご連絡ください。